

---

This is the **published version** of the bachelor thesis:

Valera Paloma, Júlia; Esteve Pardo, M. Guadalupe, dir. Avaluació d'una estratègia multimodal per la millora de la higiene de mans en els professionals sanitaris del Centre Sanitari de Sokone, Senegal. 2020. 47 pag. (1192 Grau de Medicina)

---

This version is available at <https://ddd.uab.cat/record/240734>

under the terms of the  license

# **Avaluació d'una estratègia multimodal per la millora de la higiene de mans en els professionals sanitaris del Centre Sanitari de Sokone, Senegal.**

**UAB**  
Universitat Autònoma  
de Barcelona

  
Germans Trias i Pujol  
Hospital

  
Ministère de la Santé  
et de l'Action Sociale

**Evaluación de una estrategia multimodal para la mejora de la higiene de manos en los profesionales sanitarios del Centro Sanitario de Sokone (Senegal).**

**Evaluation of a multimodal hand hygiene improvement strategy on healthcare professionals at the Health Centre of Sokone (Senegal).**



Júlia Valera Paloma

**TUTORA:** Maria-Guadalupe Esteve Pardo

## ÍNDEX

1.	RESUM .....	4
2.	ANTECEDENTS .....	5
3.	JUSTIFICACIÓ.....	6
4.	HIPÒTESIS .....	9
5.	OBJECTIU GENERAL.....	9
6.	OBJECTIUS ESPECÍFICS .....	10
7.	METODOLOGIA.....	10
7.1	DISSENY .....	10
7.2	LLOC D'ESTUDI .....	10
7.3	POBLACIÓ D'ESTUDI.....	11
7.4	PERÍODE D'ESTUDI i CRONOGRAMA.....	12
7.5	VARIABLES.....	12
7.6	FONT D'INFORMACIÓ .....	13
7.7	ESTRATÈGIA D'ANÀLISI .....	13
7.8	CONSIDERACIONS ÈTIQUES.....	14
7.9	FINANÇAMENT .....	14
7.10	APLICABILITAT I UTILITAT.....	15
7.11	LIMITACIONS I BIAIXOS.....	15
7.12	DIVULGACIÓ .....	17
8.	PART EXTRA: DISSENY PART PRÀCTICA.....	17
8.1	FASE I: PREPARACIÓ DEL CENTRE.....	18
8.2	FASE II: FORMACIÓ. AVALUACIÓ INICIAL. ....	20

8.3	FASE III: AVALUACIÓ I RETRO-ALIMENTACIÓ. INTRODUCCIÓ DE LES ACTIVITATS DE MILLORA.....	23
8.4	FASE IV: RECORDATORIS AL LLOC DE TREBALL. AVALUACIÓ DEL SEGUIMENT..	23
8.5	FASE V: DESENVOLUPAMENT D'UN PLA PELS PROPER 5 ANYS. ....	24
9.	CONCLUSIONS .....	25
10.	BIBLIOGRAFIA.....	26
ANNEX 1:	Anàlisi dels principals motius de consulta del CSS .....	28
ANNEX 2:	<i>Formulaire d'observation</i> .....	29
ANNEX 3:	<i>Questionnaire sur les Infrastructures dans les Unités de Soins</i> .....	33
ANNEX 4:	<i>Questionnaire sur les Connaissances du Personnel Soignant de l'Hygiène des Mains</i> .....	37
ANNEX 5:	<i>Questionnaire sur les Perceptions du Personnel Soignant</i> .....	40
ANNEX 6:	<i>Questionnaire sur les Motifs de Manque d'Hygiène des Mains du Personnel Soignant</i> .....	44
ANNEX 7:	Variables.....	45

## 1. RESUM

*Justificació.* La higiene de mans continua essent la mesura preventiva més simple i eficaç per evitar la transmissió d'infeccions. Per contra, la compliància de la higiene de mans entre els professionals sanitaris acostuma a ser baixa especialment en països en desenvolupament com al Senegal i encara és més accentuat en zones rurals com a Sokone. *Metodologia* S'ha utilitzat un disseny quasi-experimental per implantar i avaluar la campanya d'higiene de mans al Centre Sanitari de Sokone (CSS). S'han emprat enquestes individuals dirigides al personal sanitari analitzades de manera aparellada abans i després de la implantació de l'estratègia multimodal. Sent la variable més rellevant l'observació directa de les pràctiques d'higiene de mans. Les dades obtingudes es correlacionaren mitjançant el coeficient "r" de Pearson. *Conclusió.* Aquest projecte serà molt útil a l'hora de prevenir infeccions en els més de 87 centres sanitaris al voltant de Sokone amb condicions similars a aquest.

PARAULES CLAU: Higiene de mans, Centre sanitari Senegal, Estratègia multimodal OMS.

*Justificación.* La higiene de manos continúa siendo la medida preventiva más eficaz y simple para evitar la transmisión de infecciones. Por contra, el cumplimiento de la higiene de manos entre los profesionales sanitarios suele ser bajo especialmente en países en vías de desarrollo como Senegal y aun es más acentuado en zonas rurales como Sokone. *Metodología.* Se ha usado un diseño casi-experimental para implantar y evaluar la campaña de higiene de manos en el Centro Sanitario de Sokone (CSS). Se han empleado encuestas individuales antes y después de la implantación de la estrategia multimodal. Siendo la variable más relevante la observación directa de las prácticas de higiene de manos. Los datos obtenidos se correlacionaron mediante el coeficiente "r" de Pearson. *Conclusión.* Este proyecto será muy útil para prevenir infecciones en los más de 87 centros sanitarios alrededor de Sokone con condiciones similares a este.

PALABRAS CLAVE: Higiene de manos, Centro sanitario Senegal, Estrategia multimodal OMS.

*Background.* Hand hygiene continues to be the simplest and most effective preventive measure to avoid the transmission of infections. On the contrary, hand washing compliance among Health professionals in general is unacceptably low especially in developing countries like Senegal and in particular in rural zones such as Sokone. *Method.* A quasi-experimental was used to introduce and evaluate a hand hygiene campaign in the Health Centre of Sokone. Self-administered questionnaires directed to health workers were used, analysed before and after the establishment of the multimodal strategy. The most relevant variable was the direct observation of hand hygiene practices. The data obtained was correlated by Pearson's  $r$ . *Conclusion.* This project is going to be useful to prevent infections in the more than 87 health centres around Sokone with similar conditions.

**KEYWORDS:** Hand hygiene, Health centre Senegal, Multimodal strategy WHO.

## 2. ANTECEDENTS

El control actual de les infeccions es basa en el treball realitzat per Ignaz Semmelweis qui al 1849 va demostrar la importància de la higiene de mans a l'hora de controlar la transmissió d'infeccions. Aquesta troballe, en conseqüència, va reduir la mortalitat de les infeccions adquirides en medi sanitari<sup>1</sup>. Semmelweis observà que la febre puerperal era més freqüent a les sales de parts assistides per estudiants de medicina que les de les comadrones. Va postular que els estudiants es contaminaven les mans fent autòpsies i subseqüentment introduïen agents etiològics fatals al canal del part. Així que va establir que simplement amb una correcta higiene de mans, amb productes clorats al 4%, després de la dissecció de cadàvers i abans d'examinar les dones es disminuïa fins a menys d'un 3% la mortalitat materna<sup>2</sup>.

La higiene de mans continua essent la millor mesura per tal de reduir les infeccions nosocomials. Tot i això, a la majoria de les institucions sanitàries l'adherència a les pràctiques d'higiene de mans per part dels professionals sanitaris són inferiors al 40%<sup>3</sup>.

Als diferents estudis que s'han fet en centres on la higiene de mans és deficitària s'ha observat que els professionals sanitaris consideren que la higiene de mans és un mètode per protegir-se a ells mateixos i no com un mètode per evitar la transmissió d'infeccions. Per exemple, a l'estudi realitzat a un hospital de Eritrea<sup>1</sup> es va comprovar que els metges no es canviaven els guants entre pacients i, a més, ho preferien abans que rentar-se les mans. De fet, no consideren que el fet de no canviar-se'ls tingui cap repercussió negativa. Es va analitzar també, seguint en la mateixa línia, que sobretot es renten les mans després del contacte amb pacients. A un altre estudi per saber el coneixement i les pràctiques realitzades a un hospital de Dubti<sup>8</sup> un 78% dels professionals es rentaven les mans després del contacte amb el pacient mentre que tan sols un 23,1% se les rentaven abans d'aquest. En altres estudis, ha estat demostrat que els treballadors es netegen les mans fins a tres vegades més freqüentment després del pacient que abans<sup>9</sup>.

Per tal de modificar i millorar els hàbits en referència a la higiene de mans, calen estratègies administratives, educacionals i de recerca.<sup>7</sup>

### 3. JUSTIFICACIÓ

El treball ve motivat perquè vaig realitzar pràctiques mèdiques en el Centre Sanitari de Sokone (CSS) durant sis setmanes on hi vaig observar vàries discrepàncies pel que fa a la higiene.

Per començar, el servei de neteja no és diari de manera que les habitacions i sales de consulta hi ha residus acumulats. Per exemple, a urgències hi entren gats diàriament que, en ocasions, defequen a l'interior de les instal·lacions.

L'entorn del pacient tampoc es neteja ni quan es fan canvis de pacients. A més, pel que fa la higiene dels pacients són les famílies qui s'encarreguen de fer-ho així com de portar llençols nets. Tot i que se n'explica la importància, moltes vegades no es realitza.

Al CSS disposen d'una màquina d'oxigen que no es renta ni guarda en llocs adequats per evitar la seva contaminació així que, cada vegada que hi ha una urgència s'ha de retardar l'oxigenoteràpia per tal de netejar-la.

No hi ha disponibilitat de mascaretes, tanmateix hi ha forces ingressos per infeccions transmissibles com grip i tuberculosi (annex 1). Tampoc hi ha mesures d'aïllament.

Pel que fa a la higiene de mans, hi ha poca disponibilitat de lavabos, l'aigua no és potable i normalment el primer doll és fang i mosquits. A part, tampoc hi ha sabó ni paper.

Durant la meva estada vaig observar que a l'única sala que contenia un dispensador era a urgències on disposen d'un pot amb alcohol etílic a 70°, del qual un litre durava dues setmanes. Segons els consells de l'OMS el recomanable seria com a mínim alcohol al 75%<sup>6,7</sup>. Igualment, no hi ha l'hàbit d'utilitzar-ho. Per exemplificar amb números aquest fet l'OMS marca que com a mínim per cada 1000 pacients s'haurien d'utilitzar 20L d'antisèptic i en aquest centre per més de 2000 se n'utilitzen 4-5/L<sup>7</sup>.

Del que si que disposen regularment són de guants però no els utilitzen apropiadament. Els metges els utilitzen per fer totes les exploracions però no es renten les mans ni abans de posar-se'ls ni al treure-se'ls. Per contra, les infermeres i agents sanitaris no els utilitzen quasi mai ni quan manipulen la sang inclús en pacients VIH.

El centre tampoc disposa d'un equip de control d'infeccions ni un pla per millorar-ho. A part, els agents sanitaris no estan ben formats provocant que sovint portin a terme conductes que posen en risc la seva pròpia salut.

En tot el CSS tampoc hi ha pòsters ni indicadors recordatoris de la higiene.

De tots els problemes observats ens centrarem en la higiene de mans.

Hem avaluat el centre amb el: *Modèle pour l'auto-évaluation de la promotion et des pratiques d'hygiène des mains au niveau de l'établissement de soins* on es valoren cinc aspectes generals que



per ordre són: 1) Canvi del sistema 2) Formació i aprenentatge 3) Avaluació i retroalimentació 4) Recordatoris al lloc de treball 5) Clima institucional de seguretat amb respecte a la higiene de les mans. De l'enquesta es pot obtenir un total de 500 punts i aquest centre en particular n'ha obtingut 15. De manera que el CSS queda classificat en un nivell inadequat d'higiene de les mans.

A partir dels anàlisis de comorbiditats (annex 1) realitzats pel propi centre, podem extreure informació referent als principals motius de consulta. Les dades utilitzades són des del maig 2019 fins a l'octubre 2020.

Per tal de fer un anàlisi de les dades s'han dividit els motius de consulta en quatre grups principals detallats a la taula 1.

Patologia crònica	Patologia aguda	Malalties de transmissió sexual (MTS)	Caries dentals
Hipertensió arterial (HTA)	Respiratòria - Grip - Refredats - Infeccions respiratòries agudes (IRA) baixes	Amb ulceració	
Diabetis mellitus (DM)		Amb secreció	
Anèmia		Malalties de transmissió sexual (MTS)	
Cardiopatia isquèmica			
Asma	Diarrea		
	Ferides		

Taula 1. Entitats seleccionades per l'anàlisi de dades de les consultes mèdiques al CSS

El càlcul per determinar el percentatge de consultes que impliquen cada grup s'ha fet mitjançant un quocient. El numerador és cada motiu de consulta i el denominador el total de pacients que han consultat en tot el CSS durant els mesos analitzats. Els resultats es representen en un diagrama de sectors (figura 1)

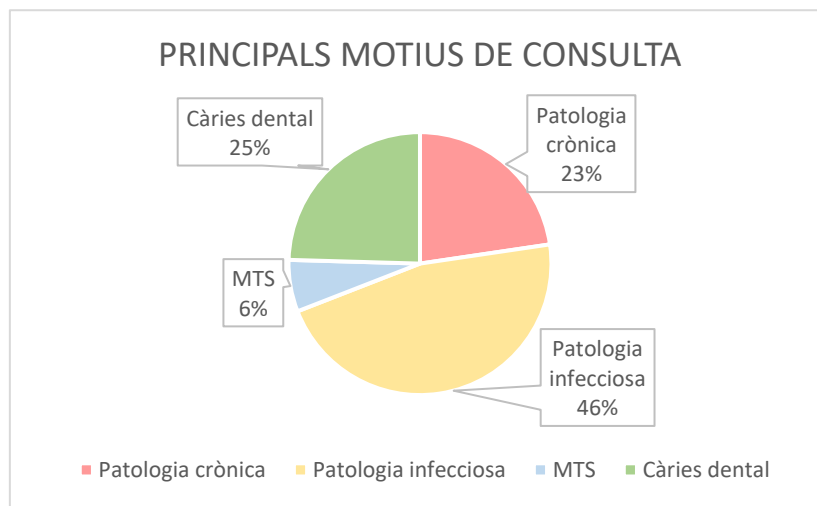


Figura 1. Diagrama de sectors sobre els principals motius de consulta al CSS

Així doncs per la gràfica podem veure com la patologia infecciosa és la més prevalent al llarg dels mesos, augmentant així la importància de la higiene de mans per evitar la contaminació entre pacients ni entre pacient-personal.

És important remarcar que a més, aquesta patologia infecciosa es centra sobretot en els infants i aquest fet és molt marcat a les diarrees que entre un 75 i un 80% es dona a les edats entre recent nascuts i 5 anys.

#### 4. HIPÒTESIS

L'augment de les pràctiques d'higiene de mans comptabilitzat per observació directa (annex 2), disminuirà el percentatge de pacients que desenvolupen patologia aguda durant l'ingrés al CSS, mesurada amb els controls mensuals que es fan de la morbiditat.

Adaptant les infraestructures del centre a les necessitats de l'estratègia multimodal, generarà un augment de l'ús dels preparats de solució alcohòlica.

Mitjançant la sensibilització i la formació, augmentarà l'adherència del personal sanitari a la higiene de mans.

#### 5. OBJECTIU GENERAL

Implantar i avaluar una campanya d'higiene de mans al Centre Sanitari de Sokone (CSS).

## 6. OBJECTIUS ESPECÍFICS

- Adaptar l'estratègia de l'OMS per la millora de la higiene de mans específicament al CSS.
- Millorar la infraestructura del CSS respecte la higiene de mans, comportant un augment de la puntuació a l'enquesta que avalua aquest aspecte (annex 3).
- Formar els professionals que s'encarregaran de liderar la campanya d'higiene de mans.
- Sensibilitzar i formar els professionals sanitaris en el camp de la higiene de mans. Generant un augment de la puntuació a les enquestes de coneixement (annex 4) i de percepció (annex 5).
- Identificar els factors que determinen la no adherència a la higiene de mans entre els treballadors (annex 6).
- Observar una millora en les pràctiques de la higiene de mans (annex 2).
- Comptabilitzar un augment de l'ús de preparat de base alcohòlica.
- Comptabilitzar una disminució de les comorbiditats per patologia aguda en pacients ingressats i una disminució dels dies necessaris per cicatritzar ferides al servei de cures (annex 1).
- Generar un programa a cinc anys vista per tal de mantenir les mesures
- Millorar els estàndards d'higiene de mans en els professionals sanitaris.

## 7. METODOLOGIA

### 7.1 DISSENY

Es tracta d'un estudi quasi-experimental, l'assignació de la intervenció és no aleatoritzada<sup>12</sup>. És un estudi de base individual, és a dir, un assaig clínic no aleatoritzat; altrament conegut com estudi abans-després. Tenim un únic grup en els que es compara la situació basal i la posterior a la implantació de l'estratègia multimodal, cada treballador actua com el seu propi control.

### 7.2 LLOC D'ESTUDI

La campanya d'higiene de mans es porta a terme al Centre Sanitari de Sokone.

Sokone és un poble que es troba dins la regió de Fatick de 870361 habitants<sup>4</sup>. L'economia es basa en l'agricultura i la ramaderia. Al voltant, hi ha molts poblats incomunicats amb molt difícil l'accés a la sanitat i a l'educació.

La sanitat a Senegal és privada, tot i això, hi ha centres, com el CSS, que es consideren públics perquè els preus són més reduïts. Tanmateix, la sanitat està lluny de l'accés a tota la població. El país està distribuït en 50 districtes sanitaris; cada un disposa com a mínim d'un centre de salut i una xarxa de dispensaris presents als pobles i les capitals de comunitats rurals<sup>13</sup>. Cada regió és responsable de la gestió i manteniment dels hospitals regionals i de departament, centres de sanitat rurals i mesures de prevenció i higiene.

El CSS disposa d'una capacitat de 21 llits a ingressos hospitalaris i 10 llits a urgències.

### 7.3 POBLACIÓ D'ESTUDI

En aquest estudi s'hi inclourà tot el personal sanitari que queda detallat a la taula 2.

<b>Especialitat</b>	<b>Número</b>
Metge cap	1
Metge malalties de transmissió sexual + obstetra	1
Metges adjunts a medicina interna (MI)	2
Metge cirurgia	1
Metge odontologia	1
Infermera odontologia	1
Infermeres a MI	8
Infermera instrumentista	1
Infermers a Cures de ferides	3
Llevadores	8
Agents sanitaris de la comunitat a MI	7
Assistents en radiologia	2
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>

Taula 2. A l'esquerra, les especialitats del CSS i a la dreta el personal sanitari que forma cada una d'elles.

Aquelles persones que voluntàriament s'oposin a realitzar l'estudi, en quedaran excloses.

En aquest estudi comptem amb una  $n$  petita perquè el CSS compta amb poc personal. Al ser una estratègia adaptada específicament a aquest centre això no genera cap error.

#### 7.4 PERÍODE D'ESTUDI I CRONOGRAMA

L'estratègia multimodal per la millora de la higiene de mans s'aplicarà durant 1 any. El primer any la seqüència de les intervencions serà la següent:

- GENER-MARÇ: Preparació del centre i formació de l'equip (punt 8.1).
- ABRIL: Avaluació inicial (punt 8.2.1)
- MAIG-JUNY: Formació (punt 8.2.2)
- JULIOL – SETEMBRE: Observació directa de la pràctica de la higiene de mans (punt 8.3)
- OCTUBRE: Penjar i generar material com a recordatoris al lloc de treball (punt 8.4)
- NOVENBRE: Avaluació final de la implantació del primer any de l'estratègia multimodal (punt 8.4)
- DESEMBRE: Desenvolupament d'un pla a cinc anys vista (punt 8.5).

L'ideal és que entre l'avaluació inicial i la final, passin tres mesos de manera que totes les mesures que s'hagin aplicat puguin haver tingut un impacte a la pràctica<sup>7</sup>.

#### 7.5 VARIABLES

Els indicadors que utilitzarem per tal de avaluar tant l'estat inicial i el progrés a la higiene de mans al centre sanitari seran, d'entrada, diferents enquestes. Les separarem en funció de l'objectiu de cada una.

Avaluació del centre: *Questionnaire sur les Infrastructures dans les Unités de Soins* (annex 3), enquesta extreta de l'OMS.

Avaluació del coneixement i percepció individual: El coneixement s'avalua amb el *Questionnaire sur les Connaissances du Personnel Soignant de l'Hygiène des Mains* (annex 4). Enquesta és generada per

la investigadora, a partir d'un article<sup>8</sup> i detallada al punt 8.2.1. Per la percepció individual s'utilitza *Questionnaire sur les Perceptions du Personnel Soignant* (annex 5) extreta de l'OMS.

Avaluació de la pràctica individual: Compliment de la higiene de mans mitjançant l'observació directa seguint el *Formulaire d'observation* (annex 2), extreta de l'OMS però adaptada per la investigadora al CSS.

Variables indirectes quantitatives: N'utilitzarem dues: consum de sabó i de preparats de base alcohòlica i patologia aguda desenvolupada durant hospitalitzacions al CSS (annex 1).

Cada enquesta té diverses variables i l'estudi d'aquestes és diferent, aquesta informació queda detallada a l'annex 7.

## 7.6 FONT D'INFORMACIÓ

Utilitzarem les enquestes mencionades al punt 7.5 (annex 3-5), seran administrades per la investigadora i la becària al personal sanitari del CSS abans i després de la implantació de l'estratègia multimodal. D'altra banda, l'observació directa la portarà a terme el metge cirurgià (especificat al punt 8.1) anteriorment i posterior a la formació. Per tant, hi ha dos temps de recollida d'informació.

## 7.7 ESTRATÈGIA D'ANÀLISI

Per tal de poder valorar la millora personal en cada un dels ítems que s'avaluen, les dades s'analitzaran de manera aparellada comparant cada persona amb ella mateixa abans d'aplicar la campanya i després. Per tant, a dos moments diferents del temps.

Pel que fa a les variables qualitatives ordinals utilitzarem el test de Wilcoxon. Pel contrast d'hipòtesis de les variables qualitatives nominals farem servir el test de Mc Nemar. Per les variables quantitatives el test de t Student per dades aparellades.

Per tal de fer el contrast de les hipòtesis plantejades (punt 4) necessitarem fer un anàlisi multivariant. En els tres estudis d'associació entre variables que portarem a terme, la variable "y", és a dir, al

dependent, és quantitativa. De manera que per l'estudi d'associació utilitzarem la regressió lineal i per la correlació, el coeficient "r" de Pearson. Tanmateix a continuació descriurem les variables dependents i independents en cada cas.

D'entrada, volem correlacionar les pràctiques d'higiene de mans mesurat per l'observació directa (annex 2), amb el percentatge de pacients que desenvolupen patologia aguda ingressats (annex 1).

En el cas de la infraestructura (annex 3) considerarem només l'última part de l'enquesta, és a dir, les variables quantitatives discretes que ens permeten valorar numèricament les millores de la infraestructura; la qual volem correlacionar amb l'ús de preparats de solució alcohòlica.

Per acabar, valorarem la formació amb l'enquesta de coneixements (annex 4) i la repercussió a les pràctiques d'higiene de mans, valorat per observació directa (annex 2).

## 7.8 CONSIDERACIONS ÈTIQUES

El consentiment serà demanat a cada participant de manera escrita en un document on constarà l'objectiu de l'estudi i que els resultats de totes les enquestes restaran anònims. També s'informarà als alts dirigents del CSS dels motius de la campanya i del programa, així com, es demanarà el seu acord i consentiment previ a l'inici.

Alhora necessitarem informar als responsables administratius del centre per tal que ens facilitin les dades dels pacients, econòmiques i sobre el número de treballadors. També seran ells els que ens mostrin les instal·lacions i ens ajudin a planificar l'estratègia pel que fa a la infraestructura.

## 7.9 FINANÇAMENT

Per tal de finançar el projecte, es presentarà la campanya a diverses entitats i organitzacions.

Primer, es presentarà el projecte al Fons de Població de les Nacions Unides (UNFPA). Aquests han organitzat diferents campanyes a Senegal i en concret al CSS; normalment destinades a la salut sexual i reproductiva, així que coneixen l'entorn i les necessitats del CSS.

També contactarem amb Juan Ciudad ONGD que són una organització no governamental d'Espanya associada a Sant Joan de Deu i té dos hospitals a Senegal.

D'altra banda, pel que fa a subvencions individuals, al poble hi ha francesos que hi viuen a qui explicarem el projecte i ens podrien ajudar a trobar més inversors privats.

Els costos previstos del projecte, tenen en compte diferents punts. El preparat de base alcohòlica serà amb productes locals, aproximadament cada litre (L) tindrà un cost de 3 euros. En un mes, caldrien 40L<sup>7</sup>, per tant: 120 euros/mes a l'any serien 1440 euros i pels cinc anys, 7.200 euros. A més, caldran dispensadors, aproximadament 40 per tot el centre, suposant un total de 80 euros.

Sumem els costos d'impressió dels díptics i pòsters que podrien tenir un cost aproximat durant els cinc anys de 300 euros. A més la becària, que ens ajudarà a promoure el projecte, li donarem un extra al seu sou de 300 euros/any, que serien 1.500 euros pels cinc anys.

Al Senegal és molt freqüent fer samarretes per tal de promocionar projectes. Es podrien fer 60 samarretes per repartir entre tots els treballadors del CSS amb el nom del projecte i els col·laboradors. Cada samarreta estampada tindria un cost aproximat de 3 euros, doncs en total són 180 euros.

Per tant estem parlant d'una subvenció d'aproximadament **10.000** euros pels cinc anys.

#### 7.10 APLICABILITAT I UTILITAT

A la regió de Fatick hi ha 87 centres sanitaris més en condicions similars a les del CSS on seria aplicable també la campanya d'higiene de mans<sup>5</sup>. És més, a Senegal pràcticament la major part dels serveis sanitaris tenen un perfil similar al CSS i, per tant, es podria estendre pràcticament a tot el país. Bibliogràficament no consta que s'hagin fet campanyes d'aquest estil a cap altre centre sanitari.

#### 7.11 LIMITACIONS I BIAIXOS

Una de les limitacions que ens trobem d'entrada i intrínseca al model d'estudi aplicat és l'efecte Hawthorne és la resposta induïda pel coneixement dels participants que se'ls està estudiant. També



podria estar generat per alguna causa aliena a l'estudi que generi un impacte als treballadors en referència a la higiene.

També s'ha de tenir en compte la regressió a la mitjana que és la tendència dels individus que tenen un valor molt elevat d'una variable a obtenir valors més propers a la mitjana de la distribució quan es mesura la mateixa variable repetidament.

És important però tenir en compte que pel que fa al nostre estudi aquests biaixos alterarien els resultats de manera positiva perquè reflectirien directament que la campanya ha generat un impacte.

En aquest estudi i sobretot, tenint en compte la barrera cultural i idiomàtica, podríem tenir biaix d'informació per la mala comprensió de les preguntes o el fet de voler amagar la desconexió o les males pràctiques. Així com el biaix de selecció donat per la no aleatorització podent-hi haver altres característiques emmascarades que influeixin també a les variables.

Pel que fa als documents de comorbiditats facilitats pel CSS (annex 1) no es va poder automatitzar l'estudi perquè els documents es troben en format Word donat que no saben utilitzar l'Excel. A més, cada mes hi ha entre 400 i 700 pacients sense classificar en una patologia concreta, per tant, no sabem si hem infraestimat alguna de les entitats. En afegit, no hi ha el nombre total de pacients que han consultat al mes, la suma s'ha fet manualment i aproximada. D'altra banda, hi ha pacients classificats erròniament sobretot en aquelles entitats que es poden presentar de manera similar com refredats i grip. Per poder utilitzar aquest document com un marcador indirecte de millora de la higiene de mans, s'hauria de recollir informació pel que fa a les hospitalitzacions, per exemple, durada de l'estada, complicacions durant l'ingrés, assistència rebuda, principals motius d'ingrés.

Pel que fa a la validesa d'aquest estudi, tindrà validesa interna perquè està específicament fet pel CSS. Tots els centres sanitaris del voltant i, pràcticament, de tot Senegal són similars. Explicat al punt 7.10, aquest estudi podria ser aplicable, amb adaptacions segons les regions (tradicions, creences), a nivell nacional.

La majoria dels qüestionaris que s'han utilitzat estan validats per l'OMS, tot i això, alguns s'han adaptat específicament pel CSS. Tanmateix, el que ens interessa és poder comparar el progrés abans i després de les mesures de manera que per aquest estudi en concret són útils i representatius però no es podrien extrapolar a altres.

Els metges d'aquest centre són molt rotatoris, no solen fer més de 2 anys al centre sanitari. Això comporta que probablement anualment s'haurà de re-formular el grup líder, així com fer formacions pels nous treballadors sanitaris.

## 7.12 DIVULGACIÓ

Per tal de donar a conèixer el projecte donat que aquest pot tenir molta importància i repercussió a nivell de tot el país, es publicarà a la pàgina web i twitter del ministeri de la sanitat. Així com, es farà una roda de premsa per anunciar-ho. Per divulgar-ho a nivell local s'aniran varis dimecres al mercat a explicar-ho i a donar informació a la població sobre la importància de la higiene de mans. També s'anirà a la ràdio local de Sokone i es comunicarà els diumenges a la missa del poble.

## 8. PART EXTRA: DISSENY PART PRÀCTICA

Al tractar-se d'un centre conegut i amb unes característiques determinades, s'ha considerat necessari per tal d'entendre el projecte i poder-lo aplicar directament al CSS afegir aquesta part extra al treball. Bàsicament és una adaptació de les guies de l'OMS<sup>7</sup> a les peculiaritats del CSS.

El disseny de la campanya es divideix en cinc fases definides per la OMS<sup>7</sup>.

**FASE I:** Canvi del sistema. Preparació del centre

**FASE II:** Formació. Avaluació inicial.

**FASE III:** Avaluació i retro-alimentació. Introducció de les activitats de millora.

**FASE IV:** Recordatoris al lloc de treball. Avaluació del seguiment.

**FASE V:** Desenvolupament d'un pla pels propers 5 anys.

El contingut i desenvolupament de les fases s'adaptaran a les del Centre Sanitari de Sokone.

## 8.1 FASE I: PREPARACIÓ DEL CENTRE

### **Accessibilitat a aigua i sabó i a preparacions de base alcohòlica**

D'entrada en aquesta etapa se'ns planteja un problema principal que és l'abastament d'aigua potable. Tot i augmentar el número de lavabos, l'aigua seguirà no sent potable i, per tant, s'ha de fomentar l'ús de preparats alcohòlics.

D'altra banda, hem de considerar que en aquesta regió el sabó sol ser en format pastilla de manera que, el més aconsellable seria l'ús de petites pastilles de sabó amb saboneres que en facilitin el drenatge.

Per eixugar-se les mans el millor seria disposar de paper amb una brossa al costat per tal de tirar-lo un cop utilitzat. És important l'aspecte de la brossa, estem en una regió on difícilment en trobes.

Veient totes les limitacions respecte la higiene amb aigua i sabó, és s'haurà de promocionar molt l'ús de preparats de base alcohòlica. Tenint en compte els aspectes mencionats al punt 3. Quan en comptes d'alcohol etílic, el dispensador té preparat de base alcohòlica aquest és de la marca valda l'etiqueta del qual no detalla quina és la composició exacta del contingut. El recomanat per l'OMS seria que contingués entre un 75-80% d'etanol, isopropanolol o npropanol<sup>6</sup>. El més pertinent serà formar a les farmacèutiques del centre per tal de produir elles mateixes les preparacions de bases alcohòliques. Per fer-ho seguiran: *Guía para la elaboración a nivel local*<sup>6</sup>. Per tal de triar una formulació o l'altra, s'haurà de fer un estudi de mercat per verificar a quin dels dos alcohols (etanol o isopropanol) hi tenen un accés més fàcil. Així com, la manera per tal d'obtenir els altres dos soluts (glicerol i peròxid d'hidrogen). A més, s'haurà de fer un càlcul dels costs del preparat de base alcohòlica.

S'ha de facilitar l'accés a les preparacions; instal·lant dispensadors i que es trobin en punts assequibles.

Alhora hi ha d'haver les condicions adequades per produir i emmagatzemar la solució.

### **Formació d'un equip i nomenament de responsables**

S'ha de formar un equip multidisciplinari que s'encarregui d'organitzar les diferents fases que precediran. El fet de donar pes a diferents elements del personal sanitari genera més implicació i participació en el projecte. L'elecció d'aquestes persones s'ha de fer considerant que seran les líders del projecte i que han de tenir certa influència respecte la resta de treballadors/es.

Els diferents càrrecs que s'han de donar es detallen a la taula 3.

<b>Número identificatiu</b>	<b>Càrrec</b>	<b>Persona del CSS nomenada</b>
	Investigadora principal	Júlia Valera Paloma
1	Coordinador del programa d'higiene de mans	Metge coordinador del servei d'urgències
2	Equip/comitè d'higiene de mans	- Cap de infermeria - Metge adjunt al d'urgències
3	Formador del Bloc 2	Metge coordinador del servei d'urgències
4	Observador	Metge cirurgia
5	Encarregat de la introducció i l'anàlisi de dades	Administratiu
6	Fabricació i gestió del consum de preparats de base alcohòlica	Farmacèutica i Administratiu econòmic

Taula 3. Càrrecs a desenvolupar i persona que el portarà a terme

Ens trobem en un centre molt petit, és per això que les tasques 1 i 3 les ocupen la mateixa persona, tot i què, el que recomana l'OMS<sup>7</sup> seria que cada càrrec fos ocupat per un treballador diferent. A més, comptem amb un centre on els professionals en general no estan molt formats. Veient aquesta important limitació, s'afegirà en aquesta fase una formació específica a cada persona en la seva tasca per tal de poder-la exercir correctament i que siguin independents els següents anys.

Aquestes formacions seran realitzades per mi i per una becària que serà triada entre les administradores. D'entrada, caldrà fer una formació a aquesta sobre la seva tasca. Un altre punt a considerar és la barrera idiomàtica donat que la majoria de professionals la llengua que més dominen

és el wòlof; de manera que la becària ens servirà també per comunicar-nos més fàcilment amb els professionals així com per adaptar el programa d'acord amb la seva cultura.

També es formarà el grup 6 de la taula 3 tant per la fabricació com pel funcionament de l'Excel.

### **Enquesta sobre la infraestructura de les sales**

Per saber l'estat inicial del centre el coordinador haurà de realitzar el *Questionnaire sur les Infrastructures dans les Unités de Soins* (annex 3). Obtenir informació basal sobre la infraestructura és útil per determinar prioritats pel canvi del sistema.

## **8.2 FASE II: FORMACIÓ. AVALUACIÓ INICIAL.**

### **8.2.1 Avaluació inicial**

En aquesta segona fase el que farem és avaluar com es troba la situació prèvia a l'inici de les activitats de la campanya. Els indicadors que utilitzarem per tal de avaluar l'estat inicial i el progrés a la higiene de mans al centre sanitari són els mencionats al punt 7.5.

Tenint en compte que es tracta d'un centre petit, les enquestes es passaran a tots els professionals sanitaris. L'inici de totes les enquestes s'ha adaptat respecte els de l'OMS a les condicions del centre. Tenint en compte quines són les especialitats que hi ha, així com, altres aspectes que poden influir en el coneixement de la higiene per part dels professionals, entre elles la religió i l'ètnia<sup>9</sup>.

Per tal de poder fer una comparació de les pràctiques abans i després de la formació i veure la repercussió d'aquesta a la millora de la higiene de mans, també es realitzarà l'observació directa (annex 2) en aquesta fase; la manera com es realitza aquesta part queda detallada al punt 8.3.

A continuació farem esmenes de dues de les enquestes que es passaran.

El *Questionnaire sur les Connaissances du Personnel Soignant de l'Hygiène des Mains* s'ha agafat una enquesta basa en la realitzada a un estudi a l'hospital de Dubti<sup>8</sup>. És una enquesta més simplificada

i fàcil de respondre. Per tal d'avaluar aquesta enquesta es considera: Bon coneixement a partir d'un resultat de  $\geq 50\%$  i Manca de coneixement els resultats  $< 50\%$

L'enquesta consta de 12 preguntes, per tal d'utilitzar la mateixa eina de mesura per tots els participants però per alhora constatar si el personal que ha estat escollit com a líders tenen més coneixement a aquests se'ls demanarà que com a mínim responguin correctament 10 preguntes. Mentre que la resta de personal amb 6 ja es considera que els coneixement són bons.

Hem generat l'enquesta *Questionnaire sur les Motifs de Manque d'Hygiène des Mains du Personnel Soignant* (annex 6) no està recomanat per l'OMS però tenint en compte que ens trobem en un centre on tot és nou, la investigadora considera interessant conèixer les causes que porten als professionals a no practicar una correcta higiene de mans. L'enquesta consta de diferents opcions<sup>10,11</sup> que els treballadors hauran d'ordenar de major a menor rellevància, així com una part final oberta per posar altres opcions que no hi estiguin descrites.

### 8.2.2 Formació

Com n'ha quedat constància al punt 8.1, la formació queda dividida en dos blocs. Primer, la formació del grup líder i posteriorment la de tots els treballadors.

#### **Bloc 1: Formació del grup líder**

Aquest bloc tindrà una durada de dues setmanes. Considerant les característiques de la localitat i la cultura farem que el treball comenci a les 13:30h, excepte dimecres que al haver-hi mercat local les consultes externes sempre s'allarguen més perquè els habitants dels pobles del voltant aprofiten per visitar-se al CSS. La durada de la formació serà d'uns 30 minuts per dia.

#### **SETMANA 1**

DILLUNS – Introducció: Per començar a sensibilitzar el grup farem una formació comuna on es mostri la importància de la higiene de mans i l'impacte que pot tenir al CSS. Així com quins són els objectius

específics de la campanya i inclús determinar-ne de manera conjunta. La formadora serà la becària i ho farà mitjançant diapositives.

DIMARTS a DIJOUS – Específic: Serà la part d’aprenentatge concreta a la tasca de cada un. En aquest cas, la formadora serà la investigadora principal, sempre amb l’ajuda de la becària i mitjançant diapositives específiques per cada tasca a realitzar.

DIVENDRES – Pràctica: S’il·lustrarà com s’ha de portar a terme la pràctica d’higiene de mans. S’afegeix aquesta part perquè aquest equip està format per les persones més influents de l’hospital i és important que siguin els primers en portar a terme una bona pràctica de la higiene de mans. La formadora serà la becària com a material utilitzarà vídeos sobre la higiene de mans. La manera com es distribuirà el temps (1 hora) serà: primer es passaran els vídeos i posteriorment es farà un taller.

## SETMANA 2

Cada dia, durant 30 minuts, s’ajudarà a cada grup a generar el material que necessiti per portar a terme la seva tasca. Per exemple, el formador a realitzar les diapositives i el d’anàlisi a crear l’Excel.

### **Bloc 2: Formació de tots els treballadors**

Per portar a terme aquest bloc haurem de fer 4 grups per dividir els treballadors sanitaris del CSS perquè sinó al ser tan pocs quedaran molts serveis sense assistència. En aquest cas la durada de la formació serà de 45 minuts per dia (de 13:30h a 14:15h), tenint en compte que cada grup només hi ha d’anar un dia per setmana. Pel volum de feina dels dimecres, no es farà formació a cap grup

La formació tindrà una durada de 4 setmanes:

- SESSIÓ 1: Avaluació inicial (15 minuts) i sensibilització amb diapositives.
- SESSIÓ 2: Els 2 moments. Explicar la higiene de mans abans i després del contacte amb el pacient. Lliurament d’un tríptic informatiu.

- SESSIÓ 3: Taller sobre la realització de la higiene de mans i l'ús de guants. Lliurament de fulletó informatiu sobre l'ús de guants.
- SESSIÓ 4: Vídeos i avaluació final (15 minuts).

Per fomentar la participació i interès de tots en la cura del seu espai de treball, a l'última sessió es podria proposar un dia on tots els treballadors es reuneixin i generin material per penjar a l'hospital com pòsters i plafons informatius. Aquesta tasca ens servirà per la fase IV.

### 8.3 FASE III: AVALUACIÓ I RETRO-ALIMENTACIÓ. INTRODUCCIÓ DE LES ACTIVITATS DE MILLORA

En aquesta fase es passa a la pràctica on l'observador avaluarà les pràctiques de cada treballador. Recordem que aquesta fase no és coneguda per cap dels treballadors per tal que estigui el menys esbiaixada possible. Per mesurar l'efecte de les mesures, utilitzarem el formulari d'observació (annex 2). Aquest es considera l'indicador més vàlid de la conducta dels professionals sanitaris<sup>7</sup>. Per tal de valorar-ho correctament, la persona nomenada observadora serà l'encarregada d'avaluar els diferents professionals. Tenint en compte que partim d'un centre on mai s'hi ha implementat cap mesura d'higiene de mans podem simplificar el formulari d'observació dels 5 moments que proposa l'OMS. En aquest cas ens centrem en el previ i el posterior al contacte amb el pacient.

Aquestes sessions d'observació s'han de fer per grups de fins a tres treballadors i tindran una durada màxim 20 minuts per cada grup.

### 8.4 FASE IV: RECORDATORIS AL LLOC DE TREBALL. AVALUACIÓ DEL SEGUIMENT.

#### **Recordatoris al lloc de treball**

Aquest punt és el més efectiu per tal de millorar la higiene de mans<sup>9</sup>. Es penjaran els pòsters que s'hagin dissenyat per part de tot l'equip de sanitaris del CSS. Serà important que es localitzin a zones on es vegin i allà on hi hagi els dispensadors de preparats de base alcohòlica i de guants..

#### **Avaluació del seguiment**



Arribats a aquest punt on s'han portat a terme les fases de formació es tornarien a passar les enquestes de coneixement (annex 4) i de percepció (annex 5). És important que en aquest punt es torni a passar l'enquesta sobre la infraestructura (annex 3) per valorar la millora del CSS.

## 8.5 FASE V: DESENVOLUPAMENT D'UN PLA PELS PROPER 5 ANYS.

### **Desenvolupament d'un pla pels propers 5 anys**

Aquesta campanya d'higiene de mans seria la primera que es realitza al CSS, de manera que és important poc a poc anar afegint millores per tal d'arribar al model de l'OMS<sup>7</sup>.

D'entrada als anys imparells, es repetirà la formació per tal de tornar a recordar i actualitzar el material en funció de l'OMS. Els anys on es repeteixi la formació, pel que fa al bloc 1 s'haurien de repassar els valors de les avaluacions i acordar on s'hauria d'incidir més. A continuació amb cada grup específic caldria actualitzar el material que convingui i adaptar-lo a les necessitats del moment del centre.

És important que a mesura que surtin actualitzacions de l'OMS, es vagin modificant els pòsters i la informació en funció d'aquests.

### **PRIMER ANY**

En el primer any post-primera intervenció i tenint en compte que partíem d'un nivell molt baix pel que fa al coneixement i pràctica de la higiene de mans, s'haurà de repetir la formació. Es poden fer parts més pràctiques amb tallers i sobretot incidir en els punts febles però és important que quedin ben consolidats els conceptes perquè tingui una continuació.

### **SEGON ANY**

Ja en el segon any i tenint en consideració que han rebut la informació dues vegades, caldria avançar i explicar els 5 moments. Per tant, en aquest moment l'ideal seria que l'observador, pugui avaluar a cada treballador els 5 moments. També seria convenient implementar la campanya als administradors del centre.

### TERCER ANY

En aquest any es torna a repetir la formació. Tenint en consideració que ens trobem davant d'una localitat petita es podria anar a explicar la campanya a diferents administracions públiques de Sokone, per exemple, a l'ajuntament i a l'escola. I, sobretot, es podria anar als punts de venda d'aliments com restaurants i hotels a incidir en els aspectes d'higiene de mans a l'hora de manipular aliments. Aquestes activitats serien realitzades pels propis treballadors del centre.

Seria un bon moment per anar als centres sanitaris dels pobles del voltant a explicar el projecte i saber quins estarien interessats en aplicar l'estratègia multimodal per la millora de la higiene de mans al seus centres. Així com començar a preparar material per tal d'anar a aquests centres sanitaris a implantar la campanya.

### QUART ANY

Seria l'any en què aquells que hagin tingut millors puntuacions a les observacions i coneixement, vagin als centres sanitaris dels pobles del voltant de Sokone per tal de començar les campanyes. El paper que tindrien els treballadors del CSS seria el que he tingut jo en aquesta estratègia, per tant, serien els encarregats d'iniciar el projecte a cada centre.

### CINQUÈ ANY

Seria ideal generar una xarxa de centres adscrits a la campanya de manera que es vagin actualitzant les informacions entre tots i que es puguin nodrir els uns als altres amb les experiències que vagin tenint. Seria ideal poder publicar els resultats i fer-ho extensiu a altres zones del Senegal on hi ha centres de característiques similars.

## 9. CONCLUSIONS

Sokone és el poble en el qual he passat els meus últims quatre estius, on m'he pres de la cultura senegalesa i on he après a conviure lluny de casa i amb mi mateixa. Malauradament per com funciona

la nostra carrera estaré un temps sense tornar-hi. És per això que poder fer aquest treball de final de grau sobre aquest tema em permet acomiadar-me bé d'aquest poble que tant m'ha aportat.

Donat el moment històric que estem vivint ha quedat encara més demostrada la importància d'una bona higiene de mans de cara a la prevenció de la transmissió de microorganismes. Donant-li més sentit a aquest treball i tenint sempre present que les zones on la sanitat compta amb pocs recursos, són les que es veuen més afectades per situacions com en les que ens trobem ara.

## 10. BIBLIOGRAFIA

1. Rigbe S, Astier MS, Giotom H, Stephanie A, Alice M. Promotion of handwashing as a measure of quality of care and prevention of hospital- acquired infections in Eritrea: The Keren study. *Afr Health Sci*. 2005 Mar; 5(1): 4–13.
2. Trampuz A, Widmer AF. Hand Hygiene: A Frequently Missed Lifesaving Opportunity during Patient Care. *Mayo Clin Proc*. 2004;79(1):109–16.
3. Pittet D, Mouruga P, Perneger TV. Compliance with handwashing in a teaching hospital: infection control program. *Ann intern Med*. 1999; 130:126-130.
4. Agence national de la statistique et de la demographie [internet]. Senegal: Republique du Senegal; 2012-2018. Fatick; 2018. Available from: [http://www.ansd.sn/index.php?option=com\\_regions&view=region&id=6&Itemid=1223](http://www.ansd.sn/index.php?option=com_regions&view=region&id=6&Itemid=1223)
5. MoH, WHO. Cartographie et evaluation des systemes d'approvisionnement et de distribution des medicaments et autres produits de sante au Senegal. 2009;1–65
6. Organizacion Mundial de la Salud. Guía para la elaboración a nivel local: Formulaciones recomendadas por la OMS para la desinfección de las manos. 2009;1–9.
7. Organizacion Mundial de la Salud. Guía de aplicación: Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de manos. 2009.
8. Jemal S. Knowledge and Practices of Hand Washing among Health Professionals in Dubti Referral Hospital, Dubti, Afar, Northeast Ethiopia. *Adv Prev Med*. 2018;2018:1–7.

9. Abela N, Borg MA. Impact on hand hygiene compliance following migration to a new hospital with improved resources and the sequential introduction of World Health Organization recommendations. *Am J Infect Control* [Internet]. 2012;40(8):737–41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2011.09.012>
10. Akyol AD. Hand hygiene among nurses in Turkey: Opinions and practices. *J Clin Nurs*. 2007;16(3):431–7.
11. Dehghani MH, Rahmatinia M. Dataset on the knowledge, attitude, and practices of biomedical waste management among Tehran hospital's healthcare personnel. *Data Br* [Internet]. 2018;20:219–25.
12. Lopez Bernal JA, Andrews N, Amirthalingam G. The Use of Quasi-experimental Designs for Vaccine Evaluation. *Clin Infect Dis*. 2019;68(10):1769-1776. doi:10.1093/cid/ciy906
13. Ministère de la santé et de l'action sociale. Pyramide de Santé.[Internet]. Ministère de la santé et de l'action sociale. 2019 [citat 23/02/2020]. Disponible a: <http://www.sante.gouv.sn/politique-de-sante/pyramide-de-sant%C3%A9>.

## ANNEX 1: Anàlisi dels principals motius de consulta del CSS

Per analitzar els resultats es realitza una taula amb les dades, considerant que cada mes hi ha un total de 2400 consultes. Les dades s'analitzen mensualment i a la part inferior de cada taula es deixa representat el total de pacients que han consultat pel grup determinat d'entitats.

PATOLOGIA CRÒNICA	Maig	Juny	Juliol	Agost	Setembre	Octubre	
Anèmia	39	24	25	22	21	27	
Asma	32	21	27	43	30	27	
Cardiopatia isquèmica	47	39	47	42	34	27	
DM	78	77	99	80	54	63	
HTA	118	126	124	134	126	94	
<b>TOTAL</b>	314	287	322	321	265	238	<b>1747</b>

PATOLOGIA AGUDA	Maig	Juny	Juliol	Agost	Setembre	Octubre	
Respiratòria							
Grip	23	0	43	78	297	90	
IRA baixa	22	6	20	17	35	10	
Refredats	256	120	186	232	547	319	
Diarrea	121	111	134	142	181	116	
Ferides	51	86	94	85	69	88	
<b>TOTAL</b>	473	323	477	554	1129	623	<b>3579</b>

MTS	Maig	Juny	Juliol	Agost	Setembre	Octubre	
Amb secreció	107	59	113	57	98	43	
Amb ulceració	2	10	1	1			
<b>TOTAL</b>	109	69	114	58	98	43	<b>491</b>

CÀRIES DENTAL	Maig	Juny	Juliol	Agost	Setembre	Octubre	TOTAL
	390	318	359	313	214	298	<b>1892</b>

## ANNEX 2: Formulaire d'observation

Etablissement:  Numéro de période:  Numéro de session:

Service:  Date: (jj/mm/aa)  /  /  Observateur: (initiales)

Unité:  Heure de début / fin: (hh:mm)  :  /  :  Numéro de page:

Département:  Durée de la session:  Ville\*:

Pays\*:

Cat.prof.	<input type="text"/>	Cat.prof.	<input type="text"/>	Cat.prof.	<input type="text"/>	Cat.prof.	<input type="text"/>				
Code	<input type="text"/>	Code	<input type="text"/>	Code	<input type="text"/>	Code	<input type="text"/>				
Nombre	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>				
Opp.	Indication	Action HM	Opp.	Indication	Action HM	Opp.	Indication	Action HM	Opp.	Indication	Action HM
1	<input type="checkbox"/> avpat. <input type="checkbox"/> appat.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. t O act t gants	1	<input type="checkbox"/> avpat.. <input type="checkbox"/> appat.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. t O act t gants	1	<input type="checkbox"/> avpat. <input type="checkbox"/> appat.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. t O act t gants	1	<input type="checkbox"/> avpat. <input type="checkbox"/> appat.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. t O act t gants
2	<input type="checkbox"/> avpat. <input type="checkbox"/> appat.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. t O act t gants	2	<input type="checkbox"/> avpat. <input type="checkbox"/> appat.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. t O act t gants	2	<input type="checkbox"/> avpat. <input type="checkbox"/> appat.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. t O act t gants	2	<input type="checkbox"/> avpat. <input type="checkbox"/> appat.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. t O act t gants
3	<input type="checkbox"/> avpat. <input type="checkbox"/> appat.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. t O act t gants	3	<input type="checkbox"/> avpat. <input type="checkbox"/> appat.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. t O act t gants	3	<input type="checkbox"/> avpat. <input type="checkbox"/> appat.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. t O act t gants	3	<input type="checkbox"/> avpat. <input type="checkbox"/> appat.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. t O act t gants
4	<input type="checkbox"/> avpat. <input type="checkbox"/> appat.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. t O act t gants	4	<input type="checkbox"/> avpat. <input type="checkbox"/> appat.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. t O act t gants	4	<input type="checkbox"/> avpat. <input type="checkbox"/> appat.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. t O act t gants	4	<input type="checkbox"/> avpat. <input type="checkbox"/> appat.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. t O act t gants
5	<input type="checkbox"/> avpat. <input type="checkbox"/> appat.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. t O act t gants	5	<input type="checkbox"/> avpat. <input type="checkbox"/> appat.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. t O act t gants	5	<input type="checkbox"/> avpat. <input type="checkbox"/> appat.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. t O act t gants	5	<input type="checkbox"/> avpat. <input type="checkbox"/> appat.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. t O act t gants
6	<input type="checkbox"/> avpat. <input type="checkbox"/> appat.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. t O act t gants	6	<input type="checkbox"/> avpat. <input type="checkbox"/> appat.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. t O act t gants	6	<input type="checkbox"/> avpat. <input type="checkbox"/> appat.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. t O act t gants	6	<input type="checkbox"/> avpat. <input type="checkbox"/> appat.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. t O act t gants
7	<input type="checkbox"/> avpat. <input type="checkbox"/> appat.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. t O act t gants	7	<input type="checkbox"/> avpat. <input type="checkbox"/> appat.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. t O act t gants	7	<input type="checkbox"/> avpat. <input type="checkbox"/> appat.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. t O act t gants	7	<input type="checkbox"/> avpat. <input type="checkbox"/> appat.	<input type="checkbox"/> frict. <input type="checkbox"/> lav. t O act t gants

\* A compléter par le responsable de la gestion des données.

(Référence Manuel Technique de Référence en Hygiène des Mains)

## Brève description des propositions

30

# Formulaire - d'Observation de base

	Etablissement:				Numéro de période:		Lieu de l'observation	
	Prof.cat.		Prof.cat.		Prof.cat.		Prof.cat.	
Numéro de session	Opp (n)frict(n)lav.(n)	Opp (n)frict(n)lav.(n)	Opp (n)frict(n)lav.(n)	Opp (n)frict(n)lav.(n)	Opp (n)frict(n)lav.(n)	Opp (n)frict(n)lav.(n)	Total par session Opp (n)frict(n)lav.(n)	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
Total								
Calculs	Act (n) =		Act (n) =		Act (n) =		Act (n) =	
	Opp (n) =		Opp (n) =		Opp (n) =		Opp (n) =	
Observance								

$$\text{Observance (\%)} = \frac{\text{Actions}}{\text{Opportunités}} \times 100$$

## Instructions pour l'utilisation du formulaire

- Identifier le lieu (établissement, département, service ou lieu de travail) et les données collectées dans ce lieu.
- 7 c b h f ' ' ' Y f ' ' ' Y g ' X c b b f Y g ' X i ' Z c f a i ' U ] f Y ' X D c V g Y f j U h j p c b p a s h D Y g Y ' U V prise en compte et inversement.
- F Y d c f h Y f ' ' ' Y ' b i a f f c ' X Y ' g Y g g ] c b ' X i ' Z c f a i ' U ] f Y ' X D c V g Y f j U h j p c b p a s h D Y g Y ' U V numéro de session valide la prise en compte des données dans les calculs.
- Résultats par catégorie professionnelle et par session (vertical)
  - 5 X X ] h ] c b b Y f ' ' ' Y g ' c d d c f h i b ] h f g ' W c a d h U V ] ' ] g f Y g ' f l a s o m e d U f ' W U l dans la cellule correspondante.
  - Additionner les actions réalisées et en lien avec le total des opportunités des établissements et des actions réalisées par friction (frict.) des actions réalisées par lavage (lav) somme dans les cellules correspondantes.
  - Procéder à la somme des actions réalisées et en lien avec le total des opportunités des établissements et des actions réalisées par friction (frict.) des actions réalisées par lavage (lav) somme dans les cellules correspondantes.
  - Additionner les sommes de chaque catégorie professionnelle de ce formulaire et calculer le pourcentage (en pourcent)
5. @ D U X X ] h ] c b ' X Y g ' f f g i ' h U h g ' X Y ' W \ U e i Y ' ' ] [ b Y ' d Y f a Y h ' X D c V h Y b ] f ' ' de droite)



# Formulaire d'Observation et d'Observance facultative (Observance l'hygiène des mains par indication)

	Etablissement:						Numéro de période:			Lieu de l'observation					
	1. Avant de toucher un patient			2. Avant un geste aseptique			3. Après un contact avec un liquide biologique			4. Après avoir touché un patient			5. Après avoir touché l'environnement		
Numéro de session	Indic (n)	frict(n)	lav.(n)	Indic (n)	frict(n)	lav.(n)	Indic (n)	frict(n)	lav.(n)	Indic (n)	frict(n)	lav.(n)	Indic (n)	frict(n)	lav.(n)
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
Total															
Calculs	Act (n) =			Act (n) =			Act (n) =			Act (n) =			Act (n) =		
	Indic1 (n) =			Indic2 (n) =			Indic3 (n) =			Indic4 (n) =			Indic5 (n) =		
Rapport Act° / indic															

## Instructions pour l'usage du formulaire

- Identifier le lieu (établissement, département, service ou unité) où se déroule l'observation.
- Compléter le formulaire en indiquant le numéro de la session d'observation.
- Compléter le formulaire en indiquant le lieu de l'observation.
- Compléter le formulaire en indiquant le type d'acte observé (1 à 5) et le nombre d'actions réalisées par friction (frict.) et lavage (lav.) pour chaque indication.
- Compléter le formulaire en indiquant le total des actions réalisées par friction (frict.) et lavage (lav.) pour chaque indication.
- Compléter le formulaire en indiquant le total des actions réalisées par friction (frict.) et lavage (lav.) pour chaque indication.
- Compléter le formulaire en indiquant le total des actions réalisées par friction (frict.) et lavage (lav.) pour chaque indication.
- Compléter le formulaire en indiquant le total des actions réalisées par friction (frict.) et lavage (lav.) pour chaque indication.
- Compléter le formulaire en indiquant le total des actions réalisées par friction (frict.) et lavage (lav.) pour chaque indication.
- Compléter le formulaire en indiquant le total des actions réalisées par friction (frict.) et lavage (lav.) pour chaque indication.

Note: Le formulaire est répliqué en regard de chaque indication. Les résultats de ces calculs sont à reporter dans le tableau de bord.

## ANNEX 3: Questionnaire sur les Infrastructures dans les Unités de Soins

N° de période\*

- § Ce questionnaire est complété par le coordinateur du programme « Hygiène des Mains » ou par un autre professionnel de santé dûment identifié et informé, travaillant au sein de chaque l'unité de soins concernée (par exemple, un(e) infirmier(ère) en chef peut remplir ce questionnaire en faisant le tour de l'unité de soins).
- § Le questionnaire comporte deux parties : 1) des **questions** générales sur les équipements et ressources disponibles au sein de l'unité de soins pour le lavage et la friction hydro-alcoolique des mains ; 2) une  permettant d'identifier le nombre exact des moyens disponibles et nécessaires à l'hygiène des mains, à remplir en faisant le tour de chaque salle ou lieux où des soins sont dispensés aux patients (c'est-à-dire sur le lieu de soins).

§ **Glossaire :**

**Etablissement de soins:** Environnement de soins (hôpital, établissement de soins ambulatoires, établissement de long séjour, etc.) dans lequel l'enquête est réalisée.

**Friction hydro-alcoolique :** Antisepsie des mains réalisée par friction avec un produit hydro-alcoolique.

**Lavage des mains :** Antisepsie des mains réalisée par lavage au savon ordinaire ou antimicrobien et à l'eau.

**Produit hydro-alcoolique :** Préparation (liquide, gel ou mousse) contenant de l'alcool à appliquer sur les mains pour éliminer les germes.

**Service :** Division en charge de soins médicaux spécifiques aux patients.

**Unité :** Division géographique, étage ou salle d'un hôpital réservé(e) à une catégorie ou un groupe spécifique de patients (une unité correspond à la plus petite section d'un établissement de soins ; un service peut comprendre plusieurs unités).

1. Date :

2. Etablissement :

3. Unité :

4. Service\*\* :

5. Ville\*\* :

6. Pays\*\* :

7. Département (cocher le département qui se rapproche le plus du vôtre) :

☐ Médecine interne + Ambulatoire + Urgences ☐ Chirurgie

☐ Soins ☐ Obstétrique ☐ Autres

☐ Obstétrique + Maladies sexuellement transmissibles

\*\*\* **Autres :** Pharmacie, radiologie laboratoire

8. Fonction/Poste de la personne chargée de compléter ce questionnaire :

☐ Infirmier(ère) chef

☐ Médecin Chef

☐ Coordinateur du programme

☐ Coordinateur adjoint

☐ Autre membre de l'équipe du contrôle des infections

☐ Autre

9. Nombre de soignants dans l'unité :  Infirmiers(ères)  Médecins  
 Auxiliaires

\* A compléter par le responsable de la gestion des données.

\*\* **Facultatif** : à compléter, le cas échéant, conformément aux réglementations et besoins locaux

10. Approvisionnement en eau ?

☐ En permanence ☐ Par intermittence ☐ Rarement ☐ Jamais

11. Alimentation en eau courante ? ☐ Oui ☐ Non

12. Propreté apparente de l'eau ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

13. Types de robinets ? ☐ Actionnés à la main ☐ Actionnés avec le coude/poignet  
☐ Actionnés au pied ☐ Automatiques

14. Mise à disposition d'essuie-mains à usage unique ?

☐ En permanence ☐ Par intermittence ☐ Rarement ☐ Jamais

15. Mise à disposition de savon sur tous les lavabos?

☐ En permanence ☐ Par intermittence ☐ Rarement ☐ Jamais

16. Mise à disposition de produit hydro-alcoolique ?

☐ En permanence ☐ Par intermittence ☐ Rarement ☐ Jamais

17. Si oui, quels sont les types de distributeurs disponibles ? (cochez toutes les réponses possibles)

☐ Flacon de poche ☐ Flacon fixé sur le chariot/plateau de soins ☐ Flacon fixé sur le lit  
☐ Distributeur mural ☐ Distributeur fixé sur la table de nuit/le chariot de soins

18. Si des distributeurs muraux ont été installés, sont-ils situés sur le lieu de soins\* ?

☐ Oui ☐ Oui, mais pas sur chaque lieu de soins ☐ Non

19. Le personnel soignant peut-il se procurer facilement des flacons de poche ?

☐ En permanence ☐ Par intermittence ☐ Rarement ☐ Jamais ☐ Sans objet

20. Une personne est-elle chargée de remplir ou remplacer les distributeurs vides ?

☐ Oui ☐ Non

21. Les distributeurs sont-ils remplacés une fois vides ?

☐ En permanence ☐ Par intermittence ☐ Rarement ☐ Jamais ☐ Sans objet

22. Des affiches illustrant la technique de lavage des mains sont-elles apposées près de chaque lavabo?

☐ Oui ☐ Non

23. Des affiches illustrant la technique de friction des mains sont-elles apposées près des distributeurs de produit hydro-alcoolique et dans plusieurs endroits de l'unité ?

☐ Oui ☐ Non

24. Des affiches illustrant les indications de l'hygiène des mains sont-elles apposées dans plusieurs endroits de l'unité ?

☐ Oui ☐ Non

25. Y-a-t-il d'autres rappels ou incitatifs sur l'hygiène des mains dans cette unité ?

☐ Oui ☐ Non

26. Des gants de soins sont-ils mis à disposition dans cette unité ?

☐ En permanence ☐ Par intermittence ☐ Rarement ☐ Jamais

27. Des audits réguliers de l'observance des pratiques d'hygiène des mains sont-ils réalisés dans cette unité ?

☐ Oui ☐ Non

28. Si oui, à quelle fréquence ?

☐ Au moins une fois par an ☐ Au moins une fois tous les 2 ans ☐ Moins souvent

Compléter le tableau ci-dessous en faisant le tour de chacun des lieux de l'unité où des soins ou traitements sont dispensés (lieux de soins\*)

	N° de chambre	Nb total de lits	Nb de lits avec produit hydro alcoolique à portée de main	Nb total de lavabos	Nb de lavabos avec eau propre	Nb de lavabos avec savon		Nb de lavabos avec essuie-mains à usage unique	Nb de lavabos avec eau propre, savon et essuie-mains à usage unique	Nb total de distributeurs de produit hydro alcoolique	Nb total de distributeurs pleins et fonctionnels	Nb de soignants rencontrés	Nb de soignants rencontrés avec flacon de poche
A) Chambres des patients dans l'unité													
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
TOT	/												
B) Salles de traitement (soins ambulatoires, hôpital de jour, etc.)													
1													
2													
3													
4													
5													
TOT	/												
C) Couloirs et autres lieux de soins*													
1													
2													
3													
4													
5													
TOT	/												
TOT													

TOT : Total ; N° : numéro ; Nb : nombre.  
Si nécessaire, ajouter des lignes en fonction du nombre de lieux de soins recensés  
\*Lieu de soins : Lieu de convergence de trois éléments – le patient, le professionnel en contact avec le patient et le soin ou traitement délivré au patient.

## ANNEX 4: Questionnaire sur les Connaissances du Personnel Soignant de l'Hygiène des Mains

Vous êtes en contact direct et quotidien avec des patients et, à ce titre, votre **opinion** sur les infections associées aux soins et l'hygiène des mains nous intéresse.

§ Dix minutes environ suffisent pour répondre au questionnaire ci-dessous.

§ Répond oui ou non à chaque question.

§ Veuillez lire attentivement les questions et répondez-y spontanément. Vos réponses resteront anonymes et confidentielles.

1. Identification personnelle** :		2. Date :	
3. Etablissement :		4. Service** :	
5. Unité** :		6. Ville** :	
7. Pays** :		Religion	
		Ethnie	

8. Genre : ☐ Féminin ☐ Masculin

9. Age :  ans

10. Profession: ☐ Infirmier(ère) ☐ Infirmier(ère) auxiliaire ☐ Sage-femme ☐ Médecin

☐ Infirmier(ère) de plaies ☐ Technicien(ne) en radiologie ☐ Dentiste

☐ Technicien(ne) de bloc opératoire ☐ Technicien(ne) de laboratoire

☐ Elève infirmier(ère) ☐ Etudiant(e) en médecine

\* A compléter par le responsable de la gestion des données.

\*\* **Facultatif** : à compléter, le cas échéant, conformément aux réglementations et besoins locaux.

11. Département\*\*\* (cochez celui qui se rapproche le plus du vôtre) :

☐ Médecine interne + Ambulatoire + Urgences ☐ Chirurgie

☐ Soins ☐ Obstétrique ☐ Autres

☐ Obstétrique + Maladies sexuellement transmissibles

\*\*\* **Autres** : Pharmacie, radiologie laboratoire

1. Les contacts directs ou indirects sont les itinéraires les plus importants pour la transmission des infections nosocomiales  
☐ Oui      ☐ Non
2. Un lavage des mains approprié et cohérent prévient les infections dans les établissements de santé  
☐ Oui      ☐ Non
3. Il n'y a pas besoin de faire le lavage des mains à ceux qui effectuent leur activité avec prudence  
☐ Oui      ☐ Non
4. Il n'y a pas besoin du lavage des mains si les gants sont portés correctement  
☐ Oui      ☐ Non
5. Les professionnels de la santé doivent toujours se laver les mains immédiatement lorsqu'ils arrivent dans les établissements de santé.  
☐ Oui      ☐ Non
6. L'hygiène des mains devrait être pratiquée régulièrement même lorsque les gants sont utilisés  
☐ Oui      ☐ Non
7. Le lavage efficace des mains consiste à mouiller, savonner, appliquer du frottement, rincer et sécher adéquatement  
☐ Oui      ☐ Non
8. Les mains doivent être lavées au moins pendant 10 à 15 secondes  
☐ Oui      ☐ Non
9. L'utilisation de désinfectants pendant le lavage des mains diminue la charge bactérienne des mains  
☐ Oui      ☐ Non
10. Les professionnels de la santé doivent se laver les mains avant ou après l'enlèvement des gants.  
☐ Oui      ☐ Non
11. L'alcool a la particularité d'éradiquer les micro-organismes plus que l'eau.  
☐ Oui      ☐ Non
12. Le lavage des mains est le plus efficace des mécanismes pour l'empêcher de la propagation de l'infection

☐ Oui      ☐ Non



## ANNEX 5: Questionnaire sur les Perceptions du Personnel Soignant

N° de période\* :

Vous êtes en contact direct et quotidien avec des patients et, à ce titre, votre **opinion** sur les infections associées aux soins et l'hygiène des mains nous intéresse.

§ Dix minutes environ suffisent pour répondre au questionnaire ci-dessous.

§ Ne donner qu'une **seule réponse** par question.

§ Veuillez lire attentivement les questions et répondez-y spontanément. Vos réponses resteront anonymes et confidentielles.

§ **Glossaire :**

**Etablissement** : Environnement de soins (hôpital, établissement de soins ambulatoires, établissement de long séjour, etc.) dans lequel l'enquête est réalisée.

**Friction hydro-alcoolique** : Antiseptie des mains réalisée par friction avec un produit hydro-alcoolique.

**Lavage des mains** : Antiseptie des mains réalisée par lavage au savon ordinaire ou antimicrobien et à l'eau.

**Produit hydro-alcoolique** : Préparation (solution, gel ou mousse) contenant de l'alcool à appliquer sur les mains pour éliminer les germes.

**Service** : Division en charge de soins médicaux spécifiques aux patients.

**Unité** : Division géographique, étage ou salle d'un hôpital réservé(e) à une catégorie ou un groupe spécifique de patients (une unité correspond à la plus petite section d'un établissement de soins ; un service peut comprendre plusieurs unités).

1. Identification

personnelle\*\* :

2. Date :

3. Etablissement :

4. Service\*\* :

5. Unité\*\* :

6. Ville\*\* :

7. Pays\*\* :

Religion

Ethnie

8. Genre :

☐ Féminin

☐ Masculin

9. Age :

ans

10. Profession:

☐ Infirmier(ère)

☐ Infirmier(ère) auxiliaire

☐ Sage-femme

☐ Médecin

☐ Infirmier(ère) de plaies

☐ Technicien(ne) en radiologie

☐ Dentiste

☐ Technicien(ne) de bloc opératoire

☐ Technicien(ne) de laboratoire

☐ Elève infirmier(ère) ☐ Etudiant(e) en médecine

\*  
\*\*

A compléter par le responsable de la gestion des données.

**Facultatif** : à compléter, le cas échéant, conformément aux réglementations et besoins locaux.

11. Département\*\*\* (**cochez celui qui se rapproche le plus du vôtre**) :

☐ Médecine interne + Ambulatoire + Urgences ☐ Chirurgie

☐ Soins ☐ Obstétrique ☐ Autres

☐ Obstétrique + Maladies sexuellement transmissibles

\*\*\* Autres : Pharmacie, radiologie laboratoire

12. Avez-vous suivi une formation en hygiène des mains ces trois dernières années ? ☐ Oui ☐ Non

13. Utilisez-vous habituellement un produit hydro-alcoolique pour l'hygiène des mains ? ☐ Oui ☐ Non

14. Selon vous, quel est le pourcentage moyen des patients hospitalisés qui développent une infection associées aux soins (entre 0 et 100%) ?

% ☐ Ne sais pas

15. Selon vous, quelles sont les conséquences globales d'une infection associée aux soins sur la situation clinique du patient ?

☐ Très faible ☐ Faible ☐ Elevé ☐ Très élevé

16. Quelle est l'efficacité de l'hygiène des mains dans la prévention des infections associées aux soins ?

☐ Très faible ☐ Faible ☐ Elevée ☐ Très élevée

17. Parmi les différents aspects de la sécurité du patient, quelle importance est accordée à l'hygiène des mains dans votre établissement ?

☐ Priorité faible ☐ Priorité modérée ☐ Priorité élevée ☐ Priorité très élevée

18. En moyenne, dans quel pourcentage de situations nécessitant l'hygiène des mains les personnels soignants la pratiquent-ils, par lavage au savon et à l'eau ou par friction hydro-alcoolique (entre 0 et 100%) ?

% ☐ Ne sais pas

19. Selon vous, dans quelle mesure les actions énoncées sont-elles efficaces pour améliorer l'hygiène des mains de façon permanente dans votre établissement ?

*Veuillez cocher la case correspondant à votre opinion sur l'échelle ci-dessous allant de 0 (inefficace) à 10 (très efficace)*

a. Promotion et soutien actifs de l'hygiène des mains par les dirigeants de l'institution.

Inefficace ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Très efficace

b. Mise à disposition de produit hydro-alcoolique dans tous les lieux de soins.

Inefficace ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Très efficace

c. Rappels de l'hygiène des mains dans tous les lieux de soins.

Inefficace ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Très efficace

d. Formation de l'ensemble du personnel soignant en hygiène des mains.

Inefficace ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Très efficace

e. Instructions simples et claires sur l'hygiène des mains à l'attention du personnel soignant.

Inefficace ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Très efficace

f. Information régulière du personnel soignant sur ses performances en matière d'hygiène des mains.

Inefficace ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Très efficace

g. Votre propre pratique systématique de l'hygiène des mains comme exemple pour vos collègues.

Inefficace ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Très efficace

h. Incitation des patients à rappeler au personnel soignant la nécessité de pratiquer l'hygiène des mains.

Inefficace ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Très efficace

20. Quelle importance le (la) responsable de votre service accorde-t-il (elle) au fait que vous pratiquiez une excellente hygiène des mains?

Aucune importance ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Très grande importance

21. Quelle importance vos collègues accordent-ils au fait que vous pratiquiez une excellente hygiène des mains?

Aucune importance ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Très grande importance

22. Quelle importance les patients accordent-ils au fait que vous pratiquiez une excellente hygiène des mains?

Aucune importance ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Très grande importance

23. Quel effort représente la pratique d'une hygiène des mains appropriée lorsque vous dispensez des soins aux patients ?

Aucun effort ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Effort important

24. En moyenne, dans quel pourcentage des situations pratiquez-vous l'hygiène des mains, par lavage au savon et à l'eau ou par friction hydro-alcoolique (entre 0 et 100%) ?

%

**répondu à ce questionnaire !**

## ANNEX 6: Questionnaire sur les Motifs de Manque d'Hygiène des Mains du Personnel Soignant

Vous êtes en contact direct et quotidien avec des patients et, à ce titre, votre **opinion** sur les infections associées aux soins et l'hygiène des mains nous intéresse.

- § Cinq minutes environ suffisent pour répondre au questionnaire ci-dessous.
- § Il faut classer (du numéro 1 au 8) par relevance les suivants motifs qui vous empêchent de pactiser une correcte hygiène des mains.
- § Veuillez lire attentivement et répondez-y spontanément. Vos réponses resteront anonymes et confidentielles.

NUMERO	MOTIF
	Manque de temps
	Trop de boulot
	Ce n'est pas important de se laver les mains
	Il blesse la peau
	Pour me protéger à cause que la propreté facilite les infections
	Il n'y a pas disponibilité des produits pour l'hygiène de mains
	Il n'y a pas disponibilité de l'eau potable
	Parce que je suis très professionnel et je sais comment éviter de m'infecter

- § Maintenant vous pouvez écrire librement les motives qui ont pas été détaillées.

!

## ANNEX 7: Variables

A continuació valorem el que es té en consideració a cada una de les enquestes.

Enquesta de la infraestructura (annex 3), hi ha diferents tipus de preguntes a l'enquesta que es valoren de diferents maneres. D'entrada set preguntes amb quatre opcions (en permanència, per intermitència, rarament, mai) sobre la disponibilitat de guants, accés a mesures higièniques i el re-ompliment d'aquestes. Sent variables qualitatives ordinals. En referència a la disponibilitat de productes hidro-alcohòlics (pregunta 16), en cas de ser afirmativa, s'enllaça amb una pregunta (pregunta 17) que exposa diferents opcions sobre el tipus de distribuïdors: Recipient de butxaca, fixe sobre els carros de cures, fixe al llit o a la taula del pacient o murals. Es permet selecció de múltiples respostes sent una variable qualitativa nominal. En cas de respondre que es disposa de distribuïdors murals, s'ha de respondre si estan situats als llocs de cures.

D'altra banda, tenim vuit preguntes amb dues opcions: sí o no, per tant variables qualitatives dicotòmiques. En aquest cas s'interroga sobre si hi ha records al lloc de treball, encarregats de tasques i aigua corrent. Enllaçada amb la qüestió 27 en tenim una altra sobre la freqüència sobre la freqüència de l'observació de la pràctica d'higiene de mans que permet tres opcions: mínim una vegada per any, mínim una vegada cada dos anys, menys sovint. En aquest cas és una variable qualitativa no dicotòmica.

Per acabar aquesta enquesta hi ha una taula a omplir per tal de quantificar a cada lloc del CSS el número de llits, de distribuïdors de solucions hidro-alcohòliques disponibles i quants estan plens. Es valora la quantitat de lavabos, per quins en surt aigua neta, quins tenen sabó i alguna cosa per eixugar-se les mans d'un sol ús. També s'ha de numerar la quantitat de personal sanitari que hi ha i quants tenen un pot amb solució. Tot s'ha de numerar, per tant es tracta de variables quantitatives discretes.

Seguidament, descriurem les variables de l'enquesta sobre el coneixement (annex 4). Aquesta consta de 12 preguntes amb dues opcions: si, no. De manera que totes són variables qualitatives nominals

dicotòmiques. Aquesta enquesta valora si el personal sanitari considera diferents situacions com de risc per contagiar infeccions, la importància que tenen les infeccions i el rentat de mans i com realitzen la higiene de mans.

Pel que fa a l'enquesta de percepció (annex 5) també tenim diferents tipus de preguntes que es puntuen de manera diversa. Conté dues preguntes amb dues opcions: si, no sobre la formació que han rebut i sobre l'ús de productes hidro-alcohòlics. Sent aquestes variables qualitatives dicotòmiques.

Hi ha tres preguntes on s'ha d'escriure el percentatge que consideri de persones ingressades a l'hospital que desenvolupen una infecció nosocomial, de les oportunitats d'higiene de mans quantes s'acaben realitzant realment i de la pràctica individual d'higiene de mans. En aquest cas les variables són quantitatives continues.

A partir d'aquí totes les variables són qualitatives ordinals però els graus de cada grup de preguntes són diferents. D'altra banda, tres preguntes amb quatre graus: de molt baixa a molt alta sobre les conseqüències de les infeccions nosocomials, l'eficàcia de la higiene i importància que se li dona al CSS a la higiene de mans com a mètode per protegir el pacient. A continuació totes les preguntes tenen deu graus però que tenen diferents significats. Tenim un primer grup de vuit preguntes que valoren de menys ineficaç a més eficaç les accions fetes per millorar la higiene de mans. Un altra grup de tres preguntes de cap importància a molta importància que li donen els altres (gestors del CSS, companys de feina i pacients) a la higiene de mans. Finalment, una pregunta on es valora l'esforç individual que l'enquestat li dona a la higiene de mans, de cap esforç a molt esforç.

La variable més important per valorar l'impacte de l'estratègia multimodal per la millora de la higiene de mans és l'observació directa. Té en compte tres factors; l'oportunitat que és la unitat de comptabilitat d'higiene de mans que el professional ha de dur a terme. A cada oportunitat li correspon una indicació i una acció. La indicació que és la raó per la qual és necessària fer la higiene de mans. Per últim, l'acció que és la resposta a una indicació d'higiene de mans. Aquesta pot ser positiva o

negativa si no es realitza: alcohol, sabó o no fet. També cal especificar a part si s'han utilitzat guants. Aquestes dades s'extrapolen al % de compliment que és el quocient entre accions realitzades i oportunitats d'higiene multiplicat per 100. De manera que és una variable quantitativa contínua i serà l'única variable que utilitzem que segueix una distribució normal.

A part de les enquestes, comptabilitzarem la quantitat de solucions hidro-alcohòliques usades al CSS. Només tenim en compte aquesta variable pels motius explicats al punt 3 i per la manera com habitem el centre al punt 8.1. Aquesta variable també és quantitativa contínua.

L'última variable que tindrem en compte és el número de pacients per patologia aguda hospitalitzats i que acudeixen a consultes. En aquest cas el que necessitem valorar és l'impacte de la campanya sobre aquesta xifra, per tal que el valor sigui representatiu a tots els mesos i que no es vegi alterat pel número de pacients que consulten al mes determinat, farem el percentatge. Tindrem en compte dues coses, per un costat el percentatge de pacients que estan hospitalitzats desenvolupen patologia aguda. Sent aquesta una variable quantitativa contínua.

D'altra banda i afectant al servei de cures de l'hospital, comptabilitzar els dies que els pacients necessiten per curar les ferides. En aquest cas, es tracta d'una variable quantitativa discreta.